

C-uppsats i Omvårdnad

*Närståendes behov när en familjemedlem hastigt insjuknar,
skadas eller avlider*

- en litteraturstudie av anhörigvård tillämpbar vid akutmottagningar

FÖRFATTARE
FRISTÅENDE KURS

OMFATTNING
HANDLEDARE
EXAMINATOR

Elisabeth Bengtsson
Omvårdnad –
Självständigt arbete I
VOM080
VT 2006
10 p
Cathrin Madsen Rihlert
Hans Ragneskog

Titel:	Närståendes behov när en familjemedlem hastigt insjuknar, skadas eller avlider.
Title:	Needs of relatives when a family member suddenly becomes ill, injured or dies
Arbetets art:	Omvårdnad – Självständigt arbete I
Kurs:	VOM 080 / VT 2006
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantal:	21 sidor
Författare:	Elisabeth Bengtsson
Handledare:	Cathrin Madsen Rihlert
Examinator:	Hans Ragneskog

SAMMANFATTNING

Anhörigas behov i samband med att en familjemedlem hastigt skadas eller avlider uppmärksammades mycket i media i samband med flodvågskatastrofen i Sydostasien. Kunskapen om krishantering och sorgeprocessen finns beskrivet, men patienter och anhörigas erfarenheter vid allvarliga sjukdomar visar på att deras behov inte blev tillgodosedda så som de behövde. Syftet med denna litteraturstudie var att få kunskap om vilka behov närstående har omedelbart eller i nära anslutning till insjuknandet, skadetillfället eller dödsfallet av en familjemedlem vårdad på sjukhus samt få kunskap om på vilket sätt sjukhuspersonal kan möta behoven. Artiklarna som granskats hämtades dels via sökning i CINAHL och PubMed och dels via valda artiklars referenslistor. De behov de närstående angav som viktiga var tillförsikt, vårdpersonalens förmåga att inge hopp, närhet till familjemedlemmen, information om patientens tillstånd och planerade behandlingar, eget välbefinnande och stöd initialt och i fortsättningen. Sjukhuspersonalens förmåga att skapa en förtroendefull relation till de anhöriga var av stor vikt, likaså att möjliggöra för de anhöriga att snabbt få en bild av familjemedlemmens tillstånd antingen genom att få närvara i vårdrummet eller genom att ge begriplig information. De anhörigas eget välbefinnande och stöd prioriterades lågt av dem. Dessa behov var också de sämst tillgodosedda. Behovens rangordning tycktes följa de olika faserna i en krisreaktion, där chockfasen kännetecknas av vikten att känna hopp, under reaktionsfasen första del kan förnimmelser av närhet till den döda upplevas och senare i denna fas är information av betydelse för att bearbeta händelsen. Under bearbetningsfasen börjar den anhöriga intressera sig för sitt eget välbefinnande och kan också behöva stöd för att tala om sina känslor. Sjuksköterskans förmåga att ha ett empatiskt förhållningssätt, att inge hopp och tillförsikt till de närstående var betydelsefullt. För att åstadkomma detta behöver sjuksköterskan kunskaper om bland annat riskfaktorer för ett fördröjt sorgearbete, få möjlighet till handledning och erhålla kamratstöd. Även om stödområdet prioriterades lågt av de anhöriga påtalades behovet av att förbättra samarbetet mellan olika aktörer så att omhändertagandet av de anhöriga inte avslutas i samband med att de lämnar sjukhuset. Omvårdnaden av patienter utökas till att även omfatta omvårdnad av deras anhöriga i och med att den familjecentrerade omvårdnaden utvecklas. Därmed innefattar även kännedom av de närståendes behov sjuksköterskans kunskapsområde.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	1
INLEDNING	2
BAKGRUND	2
Ett naturligt krisförlopp och sorgeprocess	2
Fysiologiska-motoriska symtom	3
Tankemässiga symtom	3
Känslomässiga symtom	3
Medborgarnas, samhällets och vårdpersonalens syn på anhörigstöd	4
Medborgarnas syn	4
Samhällets syn	5
Vårdpersonalens syn	5
Behovsteorier	6
Abraham Maslows behovstrappa	6
Dorothea Orems egenvårdsteori	7
SYFTE	8
METOD	8
Urval	8
Analys	9
RESULTAT	9
Dimensionen tillförsikt	10
Åtgärder för att möta behovet av tillförsikt	11
Dimensionen närhet	11
Åtgärder för att möta behovet av närhet	12
Dimensionen information	12
Åtgärder för att möta behovet av information	13
Dimensionen välbefinnande	13
Åtgärder för att möta behovet av välbefinnande	13
Dimensionen stöd	14
Åtgärder för att möta behovet av stöd	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	15
Vilka behov anger de närstående?	15
Hur är behoven rangordnade av de närstående?	17
På vilket sätt kan sjukvårdspersonalen möta behoven?	19
REFERENSER	22

Bilaga 1 Artiklar som ingår i studien

INLEDNING

Under annandag jul 2004 blev vi i Sverige varse om den stora naturkatastrofen i Sydostasien, där tsunamin, en jättelik flodvåg, sköljde in mot stränderna. Massmedia rapporterade regelbundet och vidden av katastrofen växte efterhand. I Thailand fanns många semestrande svenskar och tidningar och television rapporterade om olika familjers öden. Kritiken mot svenska myndigheter ökade i takt med att tiden gick. Vi tog del av de anhörigas stora frustration över knapphändig information och deras känsla av ovilja eller okänslighet från myndigheternas tjänstemän. I en tidning beskrev en präst att han inte hinner möta alla behövande. Han berättade vidare - *"Någon liknande kris har han inte varit med om. Men som präst tycker han att förtvivlan är egentligen är precis lika stor vid till exempel en motorcykelolycka. Det är individuella öden även om många berörs."* (1 sid. 6).

Vid större olyckor eller katastrofer har samhället byggt upp hjälporganisationer för psykiskt och socialt omhändertagande. Sjukhusen inrättar en psykisk katastrofledningsgrupp och kommunerna en grupp för psykiskt och socialt omhändertagande (2). Dessa funktioner aktiverades i Västra Götaland några dagar efter tsunamikatastrofen för att ha beredskap att möta de många medborgares behov av psykiskt och socialt stöd. Däremot när en enskild individ eller familj drabbas av en personlig katastrof förväntas sjukvården finnas till hands utan att andra samhällsfunktioner aktiveras. Vilka behov har den drabbade individen eller familjen i en situation när en anförvant plötsligt avlidit eller hastigt insjuknat i en allvarlig sjukdom? På vilket sätt uppmärksammar sjukvården behoven?

Jag har arbetat som vårdenhetschef vid en akutmottagning vid ett av Västra Götalandsregionens sjukhus. I mitt dåvarande arbete fick jag ta emot flera synpunkter från anhöriga angående vårt omhändertagande av dem vid plötsliga dödsfall i familjen. Synpunkternas innehåll handlade om bemötande, tillgång till olika former av kristeam, praktiska frågor som att meddela, möta eller hämta andra anhöriga till sjukhuset eller den fortsatta kontakten med sjukhuset. Dessa åsikter gav mig tankar om att vi som vårdpersonal kanske inte gav det stöd som efterfrågades. I denna litteraturstudie vill jag ta tillfället i akt och undersöka vad som finns beskrivet om närståendes behov när en anförvant insjuknar hastigt eller dör oväntat.

BAKGRUND

Ett naturligt krisförlopp och sorgprocess

Ett psykiskt kristillstånd kan definieras som ett tillstånd orsakat av en händelse där individens tidigare erfarenheter och inlärd reaktionsmönster inte räcker till för att hantera känslorna. En psykisk kris orsakad av en förlust såsom av en närstående, en kroppsdel eller ett arbete kan uppfattas mycket traumatiskt och därmed upplevas hota den egna existensen, identiteten eller tryggheten (3). Psykiska krisreaktioner kan ses som ett specialfall av respons på stresstimuli. Krisreaktionen kan indelas i tre olika uttryckssätt såsom fysiologiska-motoriska, tankemässiga och känslomässiga symtom (4). Krisens förlopp påverkas även av den drabbades totala livssituation exempelvis ålder, vilken roll personen har i familjen samt vilken betydelse traumat har för de olika familjemedlemmarna (5).

Sorgprocessen tar sig också olika uttryckssätt och förloppet är individuellt. Det är naturligt att känna sorg när någon närstående dör. Litteraturen beskriver olika känslomässiga faser som de

sörjande bör gå igenom för att kunna försonas med verkligheten. Faserna benämns chock, vrede, nedstämdhet, resignation och acceptering. Hur sorgeprocessen utvecklas beror på hur dödsfallet har gått till, vilken situation de närstående befinner sig i och vilken personlighet de närstående har (6).

Fysiologiska-motoriska symtom

Kroppens fysiologiska svar på olika typer av påfrestningar består av insöndring av hormonerna adrenalin, noradrenalin och kortison. Stresshormonerna är av stor vikt för att kroppen ska kunna mobilisera aktivitet för att undgå påfrestningen. Kroppens stresspåslag leder i sin tur till olika fysiska yttringar såsom:

- Ökad muskelspänning eventuellt med darrningar eller skakningar
- Ökad hjärtfrekvens
- Svettningar eller frossa
- Magont eventuellt med nedsatt aptit, illamående, kräkningar och/eller diarré
- Känsla av matthet, yrsel eller svimfärdighet (4).

Tankemässiga symtom

Omskakande händelser kan påverka individens sätt att uppfatta och tolka sin omvärld och sig själv. Människors föreställning om att de är osårbara och att olyckor ”- inte händer dem men kan mycket väl hända andra” blir vid katastrofer ordentligt ifrågasatt. Vår bild om oss människor som osårbara grundar sig på föreställningen om att tillvaron är förutsägbar och begriplig. När en oväntad olycka sker ställs denna föreställning på prov och människan kan uppleva att tillvaron är:

- Otrygg och sårbar
- Orättvis och meningslös

vilket kan yttra sig som mardrömmar och koncentrationssvårigheter (4).

Känslomässiga symtom

Det kan vara till hjälp att dela in krisförloppets känslomässiga symtom i olika faser för att på så sätt lättare identifiera och kunna möta individen där den befinner sig emotionellt. De fyra faserna benämns som chock-, reaktions- och bearbetningsfas, samt den sista fasen som kallas för nyorientering (3). Sorgeprocessens olika faser ger också känslomässiga yttringar och liknar de olika faserna i krisreaktionens känslomässiga förlopp. Krisförloppens och sorgeprocessens faser beskrivs gemensamt i kronologisk ordning.

Chockfasen är den kortaste i krisförloppet. Den kan vara från några minuter till några dygn. Den omedelbara reaktionen hos de närstående när exempelvis budskapet om dödsfallet framförs är oftast chockartat framför allt om döden är oväntad. Olika känslouttryck kan visa sig som att vara lugn och samlad till starkt utåtagerad eller paralyserad. Verkligheten upplevs som svår att acceptera. Personen vill inte ”ta in det”. Medvetandet är inte klart och psyket vill inte kommunicera med verkligheten (5). I sorgeprocessens initiala fas är också chock och förnekande vanliga känslouttryck. Olika bortförklaringar brukar framföras. Anhöriga kan förneka dödsfallet genom att tro att det inte är sant, att ett misstag har begåtts eller att en förväxling skett. De närstående kan också känna vrede i början av sorgeprocessen. De anhöriga kan rikta den mot behandlande läkare och mot omvårdnadspersonalen över att den avlidne inte fick rätt vård eller vård i rätt tid. Vreden kan också riktas mot Gud som lät detta ske (6).

Reaktionsfasen tillsammans med chockfasen benämns krisens akuta fas. Den brukar vara i sex till åtta veckor. Reaktionsfasen startar då individen börjar "ta in" budskapet. Vid förluster av närstående försöker psyket reparera skadan med att hålla kvar den döda genom att de närstående kan uppleva att de förnimmar den bortgångna. Vårt psyke strävar dock mot att väva in händelsen med individens verklighet. För att hantera detta träder olika försvarsmekanismer in som har till uppgift att på ett skonsamt sätt, steg för steg, låta hela traumat införlivas med individens tillvaro (5). När förnekandet och vreden börjar avta i sorgeprocessen tar en känsla av ensamhet och förtvivlan över. Denna förtvivlan kan blandas ihop med en depression för att uttryckssätten är likartade, såsom nedstämdhet, initiativlöshet, apati och självförebåelser. Skillnaden är att sorgens nedstämdhet inte går lika djupt och är en naturlig reaktion medan en depression är en sjukdom. Nedstämdheten kan leda till ensamhet och isolering. De efterlevande har kanske inte kraft och initiativförmåga att söka kontakter eller delta i aktiviteter samtidigt som vänner och släktingar känner en osäkerhet att kanske störa och undviker därför att besöka den sörjande. För vissa är sorgen för svår att bära och de försöker tränga undan det som hänt med aktiviteter, alkohol eller droger. Detta är ett sätt som endast fördröjer processen. Under sorgeprocessen förekommer även ångest, rastlöshet och sömnsvårigheter. Det kan leda till trötthet som späder på initiativlösheten och leder i sin tur till att det känns hopplöst. De närstående kan känna som om all glädje är borta och att glädjen aldrig kommer igen. Under denna fas är det lätt att ge upp och förlora hoppet. Här behöver de anhöriga känna att det finns hopp om att sorgen går över och uppmuntran att inte ge upp (6).

Bearbetningsfasen börjar när individen blickar framåt igen istället för bakåt som i den akuta fasen. Denna fas brukar sträcka sig från ett halvt till ett år efter traumat. Under denna period avtar försvarsmekanismernas påverkan på personens beteende. Individen börjar återuppta tidigare aktiviteter och verklighetsförvanskningen är liten. Den bortgångne minns man med både goda och dåliga sidor (5).

Den sista fasen, nyorienteringsfasen, har naturligtvis inte något slut. Individen lever med händelsen som med ett ärr i huden. Personen ersätter förlorade intressen och kontakter med nya. I vissa situationer kan minnet kännas som ett stygn i hjärtat, men traumat har nu blivit en del av individens liv och inte något som gömts undan (5). Saknaden av den döda anförväntan kommer alltid att finnas, men det hindrar inte att livet ändå känns värt att leva för den efterlevande (6).

Medborgarnas, samhällets och vårdpersonalens syn på anhörigstöd

Medborgarnas syn

Behovet av anhörigstöd finns beskrivet vid andra tillfällen än vid dödsfall. Det kan handla om då anhöriga till maka/make vårdas en längre tid på rehabiliteringsklinik eller flyttas till ett äldreboende. Anhöriga uttryckte i dessa fall reaktioner av förluster och behov av stöd för att hantera den nya situationen. De beskrev också en påtalig känsla av ensamhet eller utanförskap och de lyfte fram en önskan om att vara delaktiga och bli respekterade som betydelsefulla personer i vården av makan/maken. Detta kunde underlättas om vårdpersonalen gav fullödlig information om patientens tillstånd och planerade åtgärder. Vidare beskrev de anhöriga att ingivandet av hopp var viktigt. Även om det fanns en rädsla för framtiden så uttryckte de anhöriga att vårdpersonalens hoppgivande sätt var ett viktigt stöd i deras nya livssituation (7, 8).

I litteraturen finns flera exempel på berättelser om patienter med allvarliga sjukdomar, deras anhöriga och vilket stöd de behöver. I boken "*Patient*" (9), vilken uppmärksammades mycket inom sjukvården i början 1980-talet, berättade författarna om sina egna erfarenheter i samband med en nyupptäckt tumörsjukdom. De beskrev upptäckten, diagnosbeskedet och tiden därefter som de känslomässiga faserna i ett krisförlopp. I chockfasen angav de att behovet av att höra

sanningen inte fick gömmas bakom rädslan att möta kraftiga reaktioner. De poängterade att budskapet skulle ges på ett sådant sätt att innehållet inte skymdes av formen och att de behövde någon medmänniska som höll om dem och lät dem gråta (9). Vid ett annat exempel (10), där författaren också hade en nyupptäckt tumörsjukdom, beskrev hon sina reaktioner och behov när besked om den allvarliga sjukdomen gavs. Hennes initiala reaktioner var panik, sorg, och ångest och hennes reaktioner kunde mötas av den närmaste familjen. Hon berättade vidare att på vilket sätt sjukvårdspersonalen framförde beskedet var mycket viktigt för hur hennes och hennes anhörigas välmående utvecklades en tid framöver. Negativa besked borde lämnas rakt och ärligt, men att det var också viktigt att ta fram något positivt så att hopp gavs. Möjligheten att uttrycka ångesten och att ha en förtroendefull relation till vårdpersonal beskrevs som mycket avgörande för hur patienten skulle kunna hantera sin livssituation. En sätt att hantera sin situation var att i patientföreningar få träffa individer med liknande livsöden och där få stöd och tröst (10). Patientföreningar kan vara ett stöd för patienter och anhöriga men de får inte fränta sjukvården dess ansvar (9).

Samhällets syn

I Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling (2) identifieras situationer som kan utlösa krisreaktioner hos arbetstagare. Där betraktas inte enbart den drabbade arbetstagaren vara i behov av krisstöd utan även arbetskamraterna i den drabbades närhet. I det akuta skedet är det viktigt att skapa trygghet och ge omsorg. De personer som är drabbade ska säkras från ytterligare hot om skada och ges ett medmänskligt omhändertagande. När detta är säkrat bör de utsatta arbetstägarna ges möjlighet att tala om sina upplevelser. I detta skede ges information och fakta till de drabbade så att de ska kunna få en så hel bild som möjligt av händelsen för att på så sätt kunna bearbeta och normalisera sin situation (2).

I Socialstyrelsens allmänna råd (11) om omvårdnad inom hälso- och sjukvården påtalas vikten av att se människan i ett helhetsperspektiv. Det innebär att patientens och i vissa fall de närståendes egna resurser uppmärksammas och tillvaratas. Exempel på sådana situationer kan vara att ge stöd och hjälp vid individens reaktioner på trauma eller vid sjukdom (11). Socialstyrelsen har vidare givit ut en rapport rörande anhörigstöd till anhörigvårdare (12). Där diskuterades vem som var ansvarig för att tillgodose medborgarnas behov av vård och omsorg - samhället eller familjen? Den lagstiftning som återopades var äktenskapsbalken och föräldrabalken där det står att makar ska efter sin förmåga tillgodose varandras behov och att barnets vårdnadshavare ansvarar för barnets trygghet omsorg och uppfostran. För övrigt anges att - "*det är samhällets ansvar att se till att alla människor får en god service och vård*" (12 sid. 13). Slutsatsen i rapporten var att anhöriginsatserna är mycket omfattande och att samhällets stöd endast är ett komplement till familjens vård och omsorg (12).

Svenska kyrkan arbetar också med stöd till människor. Som exempel på Svenska kyrkans anhörigvård kan sjukhuskyrkan i Kungälv utforma av en folder ses. I den ges några enkla råd till de anhöriga där det första rådet är att tala med andra människor om sina upplevelser. Det andra rådet är att fortsätta med sina vardagliga sysslor som att promenera eller att återgå till sitt arbete (13).

Vårdpersonalens syn

Familjens delaktighet i patientvården har historiskt sett alltid varit viktig. När hälso- och sjukvården kom att bedrivas på institutioner i stället för i hemmet minskade familjemedlemmarnas direkta vårdinflytande. I och med att den familjecentrade omvårdnaden utvecklades genom forskning inom sjuksköterskans omvårdnadsdomän har familjens betydelse lyfts fram igen (14). Innebörden i begreppet familjecentrerad omvårdnad spänner över från att se individen som en

del av familjen till att se familjen som en del av samhället (15). I en studie (16) framkom att sjuksköterskorna ansåg att de hade ansvar för att tillgodose patienternas och de anhörigas behov för att säkerställa en optimal vård för patienten (16).

Vårdpersonalens förhållningssätt är av stor vikt för att stödja den drabbades krisbearbetning. Det är avgörande hur en människa blir bemött i den akuta fasen då det påverkar hennes sätt att bearbeta traumat. Vårdpersonal ska i det akuta skedet lyssna på ett sådant sätt att hopp inges till patienter och anhöriga. Det innebär att händelsen inte bortförklaras utan att personalens lyssnande förmedlar en trygghet som också innebär att hopp ges. Det är också av betydelse att den drabbade får möjlighet att uttrycka sina känslor. Detta bör ske med omsorg så att känslouttryckarna inte försvårar den fortsatta samvaron med till exempel arbetskamrater. Det sociala nätverket runt den drabbade behöver också träda i funktion för att hjälpa till med praktiska åtgärder. Möjlighet till vila är viktigt för att orka med krisbearbetningen. Därför kan det vara motiverat med en kortare sjukskrivningsperiod, medicinera med lugnande läkemedel eller mot sömnbesvär en kortare tid (3). Begravningsakten kan ses som ett viktigt led i sorgeprocessen. Begravningen innebär att de anhöriga konfronteras med verkligheten och inser att döden är en realitet. Begravningen är också en ritual där det är accepterat att vara ledsen och gråta, vilket också kan underlätta sorgeprocessen (6).

Behovsteorier

Abraham Maslows behovstrappa

Maslow, (17) en amerikansk psykolog vars behovsteori finns beskrivet i många läromedel, har med hjälp av bilden av en trappa illustrerat människans behov, vilka som är basala och i vilken ordning de kan tillfredställas. Maslows teori tolkas som att varje frisk människa har förutsättningar i form av anlag att kliva upp till det översta trappsteget, samtidigt som få människor i realiteten når dit (17).

Enligt Cronlund (17) beskriver det nedersta steget i Maslows behovstrappa de mest primära behoven, de fysiologiska, såsom föda, sömn, och värme/kyla. De är de viktigaste behoven för människans existens och illustreras med det längsta trappsteget. Dessa behov behöver vara säkrade för att människan ska få energi över till nästa steg. Trappsteget ovanför utgörs av trygghet och säkerhet. Det handlar om att inte känna sig hotad av angrepp på sin person och att någorlunda kunna förutse morgondagen. Behovet av kontakt, kärlek och gemenskap beskrivs på det tredje steget och är viktigt för det psykiska välbefinnandet. Kroppskontakt är viktigt i alla åldrar, men det är inte lika uttalat i vuxen ålder som i de tidiga barnåren. Vid kriser och psykiska chocktillstånd ökar behovet av kroppskontakt. Det fjärde trappsteget benämns som uppskattning och accepterande. Varje människa behöver bli sedd och accepterad av andra för att utveckla en positiv självkänsla. När individen upplever att den har möjlighet att påverka sin egen livssituation har individen klivit upp på det femte trappsteget av självbestämmande och självkontroll. Det näst översta steget beskriver strävan att ha meningsfulla aktiviteter. Det är individuellt och handlar om sådant som personerna själva tycker känns meningsfullt. För många är det att studera eller ha ett arbete. För andra är det att ha intressanta fritidsaktiviteter. Det sista och sjunde trappsteget är det svåraste att nå. Självförverkligandet är att bli det individen har kapacitet till så att personens alla resurser tas tillvara. Svårigheten att nå dit kan bero på att individen inte har självkänedom om alla sina resurser. Mer grundläggande behov kan också hindra människan från att ha utforskat sina resurser. Exempel på detta kan vara att trygghetsbehovet i form av att någorlunda veta vad morgondagen innehåller kan vara så starkt att det får personen att avstå från att pröva ett nytt arbete som hade utnyttjat individens egna resurser mer (17).

Dorothea Orems egenvårdsteori

Teorin om egenvårdsbalans bygger på erfarenheter och insikter som Dorothea Orem (18) fick som sjuksköterska. Hon har ställt sig frågor som, vad är omvårdnad och vilka förhållanden råder när en person kallar på sjuksköterskans uppmärksamhet att denna är i behov av omvårdnad? Svaren på hennes frågor kan sammanfattas som att när en person inte har egen förmåga att för egen del kontinuerligt tillgodose sina egna behov både beträffande kvantitet och också kvalitet träder sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder in. Sjuksköterskans roll blir "ett annat själv", "another self" (18 sid. 61) för den person som är i behov av omvårdnad. Teorin utgår ifrån att människan äger en inre kraft och motivation att utföra handlingar som säkerställer hälsan och välbefinnandet; det vill säga egenvård. Människan som gruppmedlem tar också ansvar för andra gruppmedlemmars behov. Teorin om egenvårdsbalans består av tre teorier som är beroende av varandra, teorin om egenvård, teorin om egenvårdsbrist och teorin om omvårdnadssystem(18).

Basen i teorin om egenvårdsbalans utgörs av teorin om egenvård. Begreppet egenvård är centralt och definieras som –"*utförande av sådana aktiviteter som individen själv tar ställning till och utför för sin egen skull i syfte att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande*" (19 sid. 150). Aktiviteterna eller handlingarna är målinriktade och ska möta individens egenvårdsbehov. Dessa delas in i tre kategorier och benämns som universella, utvecklingsmässiga och hälsorelaterade behov. De universella handlar om behov som är allmängiltiga för alla individer under hela livet som att till exempel upprätthålla tillräcklig syreupptagning, födointag eller balans mellan ensamhet och social samvaro. De utvecklingsmässiga behoven utgår ifrån människans utvecklingsprocess, där tillstånd (graviditet) eller händelser (närståendes dödsfall) ingår. Den tredje kategorin handlar om egenvårdsbehov i samband med sjukdom, skada eller funktionshinder. För att tillfredställa en individs alla egenvårdsbehov krävs egenvårdsaktiviteter. Alla egenvårdsaktiviteter sammantaget benämns som individens egenvårdskrav. Egenvårdskraven kan hanteras i olika utsträckning beroende på personens ålder, kön, familjesituation eller levnadsmönster. I vissa fall eller situationer behöver individen hjälp med att säkerställa sina egenvårdskrav (18).

Teorin om egenvårdsbrist är den andra delteorin i teorin om egenvårdsbalans. Egenvårdskapacitet är ett centralt begrepp i denna delteori. För att kunna tillgodose sina egenvårdskrav måste individen inneha en lika stor egenvårdskapacitet som kraven ställer. Det är när egenvårdskapaciteten är mindre än egenvårdskraven som egenvårdsbrist uppstår. De egenvårdskrav individens egenvårdshandlingar inte kan uppfylla måste eller bör en närstående utföra. När inte heller den kapaciteten räcker är individen i behov av omvårdnad. Egenvårdskapaciteten är något som varje person lär sig först av familjemedlemmar, sedan av vänner och kamrater samt vidare av samhället i kontakt med bland annat skolan och hälso- och sjukvården. Därav blir egenvårdskapaciteten beroende av den kultur och värdegrund individen vistas i. På vilket sätt individen beslutar om och möter sina egna egenvårdsbehov är inte heller medfött utan också inlärt. Egenvårdskapaciteten är inte statisk utan beror i den aktuella situationen på personens ålder, hälsotillstånd, kunskapsnivå, livserfarenhet och kulturmönster. Egenvårdsbegränsningar är ett annat begrepp i denna teori. Egenvårdsbegränsningarna belyser olika faktorer som hindrar personen att utföra egenvård. Tre områden anges, begränsade kunskaper, begränsad förmåga att bedöma och fatta beslut och begränsad förmåga att utföra handlingar som leder till önskat resultat. För sjuksköterskan kan det vara av värde att känna till att egenvårdsbristen kan bero på egenvårdsbegränsningar hos patienten och därmed kan sjuksköterskan bättre besluta om vilken typ av omvårdnadsåtgärder som bäst hjälper patienten att tillfredställa sina egenvårdskrav (18).

Teorin om omvårdnadssystem är den tredje delteorin i teorin om egenvårdsbalans. Omvårdnadssystemet utgår ifrån en omvårdnadssituation där minst två personer är involverade. I korthet handlar det om att den ena behöver hjälp och den andra kan ge hjälp. Hjälparen har sett behoven och har kunskapen att tillfredställa dem. Hjälparens åtgärder stödjer i olika grader den hjälpsökandes förmåga att möta sina behov. Omvårdnadssystemet är en interaktion mellan patient och sjuksköterska där bådas handlingar syftar till att beräkna och möta patientens anspråk på egenvård, samt att identifiera patientens egenvårdsbegränsningar och antingen kompensera för dem

eller övervinna dem. För att kunna hjälpa patienten måste sjuksköterskan ha ett mått av omvårdnadskapacitet. På samma sätt som egenvårdskapacitet sker också måttet av omvårdnadskapacitet vid inlärnin, men behovstillfredsställelsen är inte riktad mot den egna personen utan mot andra. Omvårdnadskapaciteten ställer även andra krav på kunskap till exempel medicinska, tekniska och sociologiska färdigheter (18). Det finns tre huvudtyper av omvårdnadssystem vilka benämns som

- Fullständigt kompenserade
- Delvis kompenserade
- Stödjande/undervisande (19).

Dessa tre omvårdnadssystem beskriver i stora drag sjuksköterskans respektive patientens åtgärder för att tillfredställa patientens egenvårdskrav. I det fullständigt kompenserande systemet är patienten oförmögen att utföra några åtgärder utan sjuksköterskan gör det i patientens ställe. I det delvis kompenserade omvårdnadssystemet utför både sjuksköterska och patient omvårdnadsåtgärder och slutligen i det stödjande/undervisande omvårdnadssystemet bistår sjuksköterskan med "hjälp till självhjälp" till patienten. Professionella hjälpare, däribland sjuksköterskan, använder sig av olika hjälpmetoder i sin yrkesutövning (18). Dessa är:

- Handla för eller utföra för en annan person
- Ge råd och vägleda
- Stödja fysiskt eller psykologiskt
- Skapa och upprätthålla en utvecklande omgivning
- Undervisa (19).

Sjuksköterskan väljer olika hjälpmetoder och använder dem enskilt eller i kombination när hon beslutar vilka omvårdnadsåtgärder som behövs. Alla hjälpmetoder kan inte användas i samtliga omvårdnadssystem (18).

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie var att få kunskap om vilka behov de närstående har omedelbart eller i nära anslutning till insjuknandet, skadetillfället eller dödsfallet av en familjemedlem vårdad på sjukhus samt få kunskap om på vilket sätt sjukhuspersonal, framför allt de som arbetar vid akutmottagningar, kan möta behoven.

Frågeställningar

Vilka behov anger de närstående?

Hur är dessa behov rangordnade av de närstående?

På vilket sätt kan sjukvårdspersonalen möta dessa behov?

METOD

Metoden är en litteraturstudie.

Urval

Litteraturen har hämtats från databaserna PubMed och CINAHL. Även från referenslistor av de sökta artiklarna har ytterligare artiklar använts. I PubMed begränsades sökningarna till engelskspråkliga artiklar med abstrakt från 1995 och senare. Även i CINAHL söktes enbart engelsk-

språkliga artiklar från de senaste tio åren. Från artikel 22 referenslista hämtades artiklarna 32, 33 samt 35 och från artikel 30 referenslista hittades artikel 34. Artiklarna 28 och 29 redovisar samma studie, där artikel 28 beskriver bakgrund, syfte och metod och artikel 29 utgörs av resultatet och diskussionen. Artikel 29 innehåller inget abstrakt och kunde inte finnas enligt ovan angiven sökmetsod, utan den hittades med hjälp av en hänvisning i artikel 28. De utvalda artiklarna till denna studie finns närmare beskrivna i Bilaga 1.

Databas	Sökord	Antal artiklar	Använda artiklar (referensnummer)
CINAHL	families AND be-reavement AND needs	144	22,23
PubMed	needs AND relatives AND nurses	351	21, 24,25,26, 27,28
PubMed	Bereavement AND nurses AND families	117	30, 31, 36

Tabell 1. Sökord och använda artiklar i litteraturstudien.

Valet av artiklarna har gjorts utifrån de uppgifter som hämtats från artiklarnas abstrakt. Det har varit eftersträvansvärt att få en jämn fördelning mellan artiklar som beskriver anhörigas behov och åtgärder för att möta behoven eftersom ett flertal av artiklarna undersökt antingen det ena eller det andra. De artiklar som beskrev både behov och åtgärder var 22, 25, 26, 30, 36. De artiklar som enbart belyste olika åtgärder var 33, 34, 35 och de övriga artiklarna behandlade behov hos anhöriga.

Artiklar som behandlade de närståendes behov efter de tre första dygnet efter insjuknandet eller dödsfallet har minimerats. Skälet till detta urval har varit att genomförda studier ska spegla sjukhusens akutvårdsverksamhet vid en akutmottagning. Studier som behandlade småbarns sjukdom och död har undvikits eftersom småbarn ofta vårdas på barnkliniker med eget akutintag. Någon specifik åldersgräns har inte satts utan artiklar där patientgruppen har beskrivits med orden som till exempel infant, children har uteslutits i detta arbete.

Analys

Frågeställningarna ligger till grund för analysen av resultatet. Resultatredovisningen görs utifrån vilket behov som är högst/mest prioriterat av de anhöriga och sedan i sjunkande skala. Likartade och liknande behov har sammanförts under en gemensam rubrik. Behovens svenska rubrik har hämtats ur Prismas engelska ordbok (20). Tillsammans med varje behov redovisas vilka åtgärder sjukvårdspersonalen bör vidta för att tillfredställa dem. Med närstående menas maka/make, föräldrar, barn, syskon eller en annan betydelsefull person för patienten. Synonymer till närstående är i denna studie anhöriga eller anförvanter.

RESULTAT

Vid genomgång av de utvalda artiklarna hänvisas till Molters undersökning från 1979 av familjemedlemmars behov till kritiskt sjuka patienter. Lee och Lau (21) beskriver hur Molter genomförde en litteraturstudie samt samlade erfarenheter från yrkesverksamma sjuksköterskor gällande anhörigas behov till kritiskt sjuka patienter på sjukhus och resultatet blev en lista med 45 behov. Därefter testade Molter listan på familjemedlemmar till patienter vårdade på intensivvårdsavdelning och fann att listans alla behov värderades som mycket betydelsefull av åtminstone en familjemedlem. Molters instrument har senare modifierats och utvecklats av Leske 1986 och 1991 som också identifierade behoven i fem dimensioner. Leskes utveckling av Molters behovslista resulterade i ett mätinstrument kallat för Critical Care Family Need Inventory (CCFNI). Molters undersökning och beskrivning av Leskes CCFNI finns utförligast återgett i artikel 21. Instrumentet CCFNI och Molters resultat har använts i flera senare studier (21-28).

Instrumentet CCFNI utgår från de närståendes behov till kritiskt sjuka patienter, som vårdades på en intensivvårdavdelning (IVA). Redley et al (23) utvecklades ett instrument som anpassades för akutmottagningsverksamhet. I den undersökningen utgjordes basen av 16 direkt överförbara påståenden och 14 omformulerade från CCFNI. Tio nya behov framkom efter intervjuer av anhöriga till svårt sjuka patienter inkomna till akutmottagningen. Dessa nya behov handlade om att bli mött av en läkare eller sjuksköterska vid ankomsten, att få se den anhörige så fort som möjligt, att inte vara i vägen eller att inte behöva svara på administrativa frågor före besked om patientens tillstånd (23).

Båda instrumenten har identifierat behoven inom fem dimensioner. Dessa dimensioner rubriceras i de olika artiklarna som (20)

- *tillförsikt* (assurance, reassurance, meaning)
- *närhet* (proximity, closeness)
- *information* (information, communication)
- *välbefinnande* (comfort)
- *stöd* (support).

I åtta av de studerade artiklarna (21-28) har syftet bland annat varit att undersöka hur de närstående prioriterade olika behov. Sammanställningen av deras resultat visar att behov inom dimensionen tillförsikt värderades högt i samtliga undersökningar. Närhet och information var samlat i mitten medan välbefinnande och stöd var värderat som mindre viktigt.

	Tillförsikt	Närhet	Information	Välbefinnande	Stöd
	%	%	%	%	%
Prioritet					
1	88		12		
2	12	50	38		
3		38	50		12
4		12		57	29
5				43	57

Tabell 2. Resultatet av de anhörigas rangordning av de fem dimensionerna utifrån de åtta studerade artiklarna (21-28), vars syfte var att undersöka vilka behov de anhöriga prioriterade.

Dimensionen tillförsikt

De behov som rymdes inom tillförsikt var de behov som värderas högst av de anhöriga i 88 % av artiklarna vars syfte var att undersöka de närståendes behov vid plötslig sjukdom eller dödsfall (21-23, 25-27, 29). Innebörden av rubriken tillförsikt handlade om att för de närstående hade deras livssituation hastigt förändrats. För anförvanterna var det viktigt att finna meningen med det inträffade för egen del. Känslor av fruktan och att förlora kontroll över sin situation beskrevs i det tidiga skedet av familjemedlemmens insjuknande. Möjligheten att känna hopp och tillförsikt trots en osäker tillvaro framkom som ett av de viktigare behoven (22, 23, 25-27, 29). De närstående kände oro för att förlora en familjemedlem, kommer patienten att överleva, var döden smärtsam, var den avlidnes kropp omhändertagen med respekt eller hur ska det bli sedan. Frågor som ställdes behövde besvaras på ett uppriktigt och ärligt sätt (22, 30). Fielden (31) beskrev frågor som varför och vad var meningen med det som skett som viktiga att få ventilerat för att kunna gå vidare i sorgearbetet för närstående till dem som begått självmord (31). För de anhöriga var det viktigt att inte bara den avlidnes kropp utan också den avlidnes tillhörigheter togs om hand av vårdpersonalen med respekt och värdighet (32). I en pilotstudie (23) som genomfördes i samband modifiering av ett instrument för att anpassas till akutmottagningsverksamhet angavs det också som viktigt att få kännedom om förväntad utgång, att vara förvissad om att bästa vård var given, att inge hopp, att få förklarat varför och vilka åtgärder som vidtogs (23). Quinn et al (29) jämförde behovet att få veta specifika fakta rörande patientens tillstånd mellan närstående och sjuksköterskor. Hon fann att det värderades olika, närstående tyckte att det behovet kom på 9:e plats av 30 medan sjuksköterskorna placerade det på 20:e plats (29). Att bli sedd som en individ och att få möjlighet att tala om det som hade hänt var också ett behov som framkom. Där fanns en skillnad mellan dem som hade varit i kontakt med en intensivvårdsavdelning tidigare och dem som inte haft denna kontakt. För de anförvanter utan tidigare IVA-erfarenhet var det behovet inte lika stort (21). Inom denna dimension rymdes också behov av andlig natur. Påståenden som behov av besök av en präst eller få information om sjukhuskyrkans verksamhet var av mindre betydelse för de närstående än vad sjuksköterskor och läkare gav uttryck för (24).

Åtgärder för att möta behovet av tillförsikt

För att kunna möta de närståendes behov av tillförsikt krävdes att en förtroendefull relation uppstod mellan de närstående och sjukvårdspersonalen. Lee et al (25) och Gavaghan et al (33) exemplifierade det med att sjuksköterskan förutsattes ha ett empatiskt förhållningssätt och behöva kunna balansera kommunikationen mellan realistiska förväntningar på patientens tillstånd med att inge hopp om framtiden (25, 33). Sjuksköterskan borde också visa intresse i att försöka förstå de anhörigas situation och behov (30). Kunskaper om de initialt viktigaste behoven hos närstående till allvarigt sjuka eller skadade patienter samt ett instrument att snabbt identifiera behoven var också ett sätt att visa förståelse och därmed inge hopp och tillförsikt (25). Andra kunskaper om faktorer som kan komplicera sorgearbetet kunde vara av värde för sjuksköterskan för att kunna förstå de anhörigas reaktioner och på så sätt mer effektivt kunna inge hopp. Sådana komplicerande faktorer kan vara plötsligt eller våldsamt dödsfall, barndödsfall, en splittrad familjebild, inget socialt eller andligt nätverk, förlust eller oro för ekonomi och bostad eller tidigare svårigheter att hantera förluster (34,35). Redley et al (22) beskrev hur tillförsikt kunde uppmuntras genom att främja optimistiska copingstrategier såsom att identifiera realistiska, positiva tankar hos de närstående, att bekräfta familjens starka sidor eller att främja de närståendes inre resurser (22). Läkarens medverkan vid beskedet om patientens dödsfall kunde vara ett sätt att tillförsäkra de anhöriga om att bästa möjliga vård är given (35).

Dimensionen närhet

De behov som värderades efter behoven i dimensionen tillförsikt var de som handlade om närhet till patienten. Dimensionen närhet rangordnades i 50 % av berörda artiklar som näst viktigast av anförvanterna (21-23, 27). I artiklarna framkom att de studier som hade undersökt de närståendes behov från ankomsten till sjukhuset och vistelse fram till 72 tim hade funnit att närhet värderades före information (21-23, 27) medan en undersökning (29) som sträckte sig längre än till 72 tim hade information före närhet. I Bijttebier et al (24) diskuterade tidsfaktorns betydelse för rangordning av behoven. I en studie genomförd på IVA (24) jämfördes de närståendes behov angivna av närstående, sjuksköterskor och läkare. Där framkom att läkare och sjuksköterskor uppfattade att anhöriga hade ett större behov av eget välbefinnande och bekvämlighet än av närhet till familjemedlemmen (24). De anhöriga hade ett stort behov av närhet till patienten tills familjemedlemmens tillstånd visar tecken på stabilisering eller återhämtning. Närhet handlade om att se och beröra familjemedlemmen men också att vara involverad i olika ställningstaganden rörande patienten (22). Inom detta område fanns behov att se familjemedlemmen så snart som möjligt efter ankomsten till sjukhuset, att få vara bredvid patienten så mycket som möjligt men också att inte vara i vägen för vården av familjemedlemmen (23). Lee et al (21) uppgav att kvinnor hade ett större behov än männen att besöka patienten ofta (21). För närstående till familjemedlemmar som har begått självmord var närheten till den döda kroppen viktig. För dessa anhöriga innebär oftast dödsbudet ett inre kaos och tumult. De har behov av att se kroppen och få möjlighet att ta farväl. Det behovet kunde kvarstå dagarna fram till begravningen (31). Det var inte alla närstående som hade behov av att se den avlidne familjemedlemmen. Parrish et al (32) fann att av de drygt hälften av anförvanterna som sett den döde ångrade sig ca 14 %, medan de som inte hade sett den döde ångrade sig ca 25 % av fallen.

Åtgärder för att möta behovet av närhet

Behovet av att vara nära den sjuka anförvanten kunde tillgodoses genom att ha en mindre restriktiv policy beträffande besök. Hunsucker et al (26) föreslog att policyn kunde innebära fler och eller längre besökstider, medan Gavaghan et al (33) förde fram förslag om att underlätta för barn att besöka familjemedlemmen eller att även husdjur inkluderades i besökspolicy (33). En annan åtgärd var att uppmuntra närstående till att närvara vid olika behandlingar och undersökningar (22, 25, 33,). Möjligheten för anhöriga att närvara vid återupplivningsförsök borde ökas (22, 33, 34, 35). Vid dödsfall skulle sjuksköterskan stödja och uppmuntra anhöriga, så även barnen, att se den döde för att ta farväl. Var den döde ett barn borde sjuksköterskan förmå de närstående att hålla i barnet (22, 30, 34, 35). Ytterligare en åtgärd kunde vara att ge de närstående en personsökare så de kan fortsätta att känna närhet och delaktighet i patientens vård utan att behöva närvara fysiskt hela tiden (33). Redley et al (22) beskrev ytterligare ett sätt att skapa en känsla av närhet genom att informera de närstående när patienten förflyttades till röntgen, operation eller intensivvårdsavdelning (22).

Dimensionen information

Kommunikationen med och informationen från sjukvårdspersonalen var ett behov som påpekades i flera artiklar (22, 24, 26- 27, 29, 32). Informationsbehovet ansågs av de anhöriga inte vara det allra viktigaste när någon familjemedlem hastigt insjuknade eller avled, utan värderades efter dimensionerna tillförsikt och närhet i 50 % av undersökningsmaterialet (21-23, 27). Närstående angav att de behövde veta specifika fakta om behandlingen, sjukdomens eller skadans förlopp, vilka åtgärder som planerades och anledningen till åtgärderna samt att få meddelande direkt när tillståndet förändras (22). Informationen borde vara given på ett begripligt sätt och anförvanterna ville ha möjlighet att tala både med läkaren och med sjuksköterskan. De närstående hade behov av att vid ankomsten till sjukhuset först få information om familjemedlemmens tillstånd innan de behövde svara på administrativa frågor. De ville också få lämna uppgifter om patienten till sjukvårdspersonalen för att på så sätt vara behjälplig i vården (23). Innehållet i in-

formationen borde anpassas efter de närståendes behov. Skillnader i innehållet av informationen mellan landsbygd och storstad fanns beskrivet av Hunsucker et al. (26). För storsladsborna var information om patientens medicinska och fysiska vård av stort intresse medan befolkningen på landsbygden tyckte att frekvensen av information var viktigare (49). Bijttebier et al. (24) påvisade att andlig konsultation tillhörde de minst viktiga behoven för de anhöriga angivna av närstående men värderades högre av läkare och sjuksköterskor och förde fram att förmedling av präst eller sjukhuskyrka kunde betraktas som ett surrogat för den information som sjukvårdspersonalen borde ge (24). Lee et al. (25) fann att anhöriga tyckte att 80 % av påstående i CCFNI skulle mötas av läkare eller sjuksköterskor, medan paramedicinsk personal, släktingar eller vänner enbart ansågs kunna bidra med en liten del (25). Närstående uppgav att även efter det att de lämnat sjukhuset hade de ett informationsbehov och av den anledningen behövde rutiner för uppföljning finnas (32).

Åtgärder för att möta behovet av information

Under den tid den akut sjuke vårdas och behandlas på akutmottagning kunde de anhörigas informationsbehov tillgodoses med frekventa och kontinuerliga rapporter om patientens tillstånd (22, 34, 35). Rapporterna lämnades av en sjuksköterska med ett språk utan tekniska eller medicinska termer. Budskapet kunde behöva upprepas, därför var det också viktigt att sjuksköterskan hade ett ärligt och lyssnande förhållningssätt (22, 34). Yates et al (34) tydliggjorde att om patienten avled borde detta besked lämnas av den mest erfarna i behandlingsteamet (34). Williams et al (35) påvisade att budskapet borde lämnas lugnt och på ett sätt som visade på en villighet att invänta frågor och att lämna svar. Dödsbudet borde också lämnas med ett enkelt språk såsom "är död", "har avlidit" och inte med omskrivningar som till exempel "somnat in" eller "kilat vidare" (35). Behovet av information speglade de närståendes krav på att förstå patientens tillstånd för att på så sätt kunna reducera den känslomässiga obalansen och öka kontrollen över den uppkomna situationen inom familjen. Ett tillfälle för de anhöriga att få information och få svar på sina frågor kunde vara när sjuksköterskan vårdade patienten. I vissa situationer behövde sjukvårdspersonalen identifiera de närståendes talesman för att kunna informera på ett korrekt sätt. Skriftlig information som stöd eller anhöriggrupper kunde också vara alternativ till behovet av information till de närstående (22, 30, 33, 35).

Dimensionen välbefinnande

Behov som berörde de närståendes fysiska och fysiologiska behov av välbefinnande och bekvämlighet rankades lågt i jämförelse med de tre första behoven. I drygt hälften av undersökningarna rankades dimensionen av välbefinnande för de anhöriga näst sist. Redley et al (22) kunde skönja en viss skillnad mellan åldersgrupper, där de äldre värderade behov inom detta tema högre än de yngre (22). Inom detta tema anges behov av telefon, toalett möjligheter till mat och dryck i närheten av väntrummet samt också möjlighet till avskildhet för anförvanterna (23, 29). Dessa behov var också de behov som var sämst tillgodosedda (21, 24, 25). Närhet till toalett och telefon värderades dock bland de 20 viktigaste av alla behoven (21).

Åtgärder för att möta behovet av välbefinnande

Gavaghan et al (33) påtalade att vid utformandet av sjukhusens anhörigrum borde ljudnivå, ljussättning, temperatur- och ventilation samt avskildhet beaktas för att minska de närståendes lidande (33). Ett anhörigrum som gav ett varmt och ombonat intryck i färgvalet av tapeter, gardiner, soffor och fåtöljer var av stort värde. Möjligheten att telefonera, gå på toaletten eller koka kaffe måste finnas (30, 34, 35). Sjuksköterskan borde tillse så att mat och dryck kom de närstående tillhanda och att önskan om att få vara i fred respekterades av vårdpersonalen (22, 26). Fri-

villigarbetare såsom sjukhusvårdinnor kunde göra en insats i anhörig- och väntrum då de sågs som en länk till patientens vårdrum (33).

Dimensionen stöd

Behovet av stöd till de närstående handlade om att uppmuntra dem att uttrycka känslor, tala om på vilket sätt de kan medverka i patientvården, förklara vårdrummets utformning och utrustning. Delar av dessa behov fick de närstående tillfredställda av släkt, vänner eller grannar (22). Hunsucker et al (26) fann skillnader i hur betydelsefullt det sociala nätverket var mellan människor boende i storstad eller landsbygd. För personer boende på landsbygden var släkt, vänner eller samfund förknippat som det naturliga stödsystemet medan personer boende i storstaden inte betraktade det så. Storstadsborna värderade formella stödfunktioner högre än hjälp från släkt och vänner (26). Behovet av att någon brydde sig om de närståendes hälsa ingick i dimensionen för stöd (22). Anderson et al (36) studerade hur änkor/änklingar beskrev sin hälsa kort tid efter dödsfallet. De upplevde symtom som aptitlöshet, yrsel, illamående, sömnsvårigheter, ångslan, huvudvärk och hjärtklappning. För de flesta hade dessa symtom försvunnit inom ett halvår (36). Ett annat behov inom stödtemat som värderas högt, var att en läkare eller sjuksköterska mötte de närstående vid ankomsten till sjukhuset (23). Om inte de kunde möta de närstående var det viktigt att någon annan personalkategori var tillsammans med de anhöriga, framför allt i början av vistelsen på akutmottagningen (32). De ville också att vårdpersonalen berättade vad de skulle komma att se innan de gick in i behandlingsrummet där patienten var. De närstående ville bli uppmuntrade att uttrycka känslor, att bli förvissade om vilka känsloreaktioner som var normala och att dela känslorna med personalen (23). Quinn et al. (29) fann att sjuksköterskor uppfattade de anhörigas behov av att visa och tala om sina känslor större än de närstående själva gav uttryck för (29). Känslouttryckarna kunde skilja sig mellan yngre och äldre änkor/änklingar. Framför allt yngre änkor visade en djupare förtvivlan åtföljd av minskat självförtroende och rädsla att "bryta ihop" än äldre änkor. En förklaring kunde vara att de yngre ankorna hade ett längre livsperspektiv framför sig där det troligen fanns flera osäkerhetsfaktorer både av ekonomisk och av social karaktär (36). En del närstående hade behov av att personalen följde med dem in till patienten (23).

Åtgärder för att möta behovet av stöd

Utarbetandet av PM eller rutiner där de närstående möts av en sjuksköterska vid ankomsten till akutmottagningen föreslogs i flera av artiklarna som en åtgärd. Sjuksköterskans uppgift var att visa de närstående till anhörigrummet och att vara med dem där under deras vistelse på akutmottagningen (30, 34, 35). De närståendes behov av att tala om sina känslor, minska den emotionella stressen och att använda sina copingstrategier behövde stötta. Äldre människor uppfattades vara mer motvilliga att tala om sina känslor vilket ledde till att sjuksköterskan måste ha en tillåtande anda och göra sig nåbar (36). Kulturella skillnader i hur sorgen uttrycktes och inför vem gjorde också att sjuksköterskan borde sträva efter att ha en öppen attityd för olika uttrycks-sätt (26). Tillgång till experthjälp i form av präst, kurator eller annan stödperson inom sjukhuset måste sjuksköterskan kunna förmedla om så efterfrågas (30, 33, 34, 35). Enligt de närstående, som hade en religiös övertygelse, upplevde de inte inledningsvis efter dödsfallet något större stöd av tron, men allteftersom sorgeprocessen fortskred kände de stöd och tröst (36). Sjukvårdspersonalen identifierade även andra stödpersoner än de professionella genom att fråga de anhöriga (22, 26). Det sociala nätverket såg olika ut, varierade i storlek och var av olika betydelse för de närstående. För vissa familjer var det en självklarhet att hjälpa varandra och de kunde därmed uppfatta formella stödpersoner till exempel kuratorn som en "utböling". Hunsucker et al (26) beskriver denna skillnad beroende på om de närstående bodde i storstad eller landsbygd (26). Sjuksköterskans uppgift blev också att ge praktiska råd till de stödpersoner som de närstående angav. Innehållet i råden beskrev naturliga sorgereaktioner eller visade på färdigheter i ak-

tivt lyssnande (22). Fauri et al (30), Yates et al (34) och Williams et al (35) fann att stödet till de sörjande, som gavs på akutmottagningen var av begränsat värde om det inte följdes upp efter en tid. Möjligheten att inom akutmottagningens verksamhet inrätta en funktion eller utarbeta ett uppföljningsprogram, som sökte upp de närstående i hemmet inom en till tre dagar efter dödsfallet, skickade kondoleanskort eller blommor, var värdefullt. Samarbete med sjukhusets kuratorer, kommunen, primärvården och eventuellt olika intresseföreningar för efterlevande behövde upprättas för att kunna stödja de närstående under sorgprocessen (30, 34, 35). I uppföljningsarbetet borde också utrymme ges till att i ett senare skede få möjlighet att träffa den sjukvårdspersonal som deltog i vården av den avlidne (30, 35). Åtgärder i stödtemat handlade också om att uppmärksamma de anhörigas hälsa. De närstående löpte en ökad risk att dö kort tid efter anförvantens bortgång och därför var det viktigt att uppmärksamma den mentala hälsan. Orsaker till mental ohälsa kunde vara skuld känslor, brist på socialt stöd eller oförmåga att hantera sin nya livssituation (30). Symtom på ohälsa behöver inte bero på reaktioner till den akuta händelsen utan kan vara symtom på en akut sjukdom. Äldre anhöriga löpte också större risk för olycksfall när de var under stress och de borde uppmärksammas på riskerna (36).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metoden i denna studie har varit en litteraturgranskning av 15 artiklar. Fyra av artiklarna (22, 27, 30, 33) har inte varit empiriska utan en sammanfattning av tidigare studier. De har dock bidragit i sina diskussioner med uppslag till både förändringsarbete och förbättringsåtgärder som stämt väl med syftet av denna studie.

Urvalet har varit artiklar på engelska. Några enstaka svenskspråkiga artiklar har funnits i PubMed efter sökning med samma sökord som de engelska översatta till svenska. Det fanns en hänvisning till en artikel i tidskriften "Vårdfacket". Den exkluderades eftersom den inte var vetenskapligt granskad. Det var även svårigheter att i den engelska litteraturen finna undersökningar genomförda på akutmottagningar. En mycket stor del av materialet var från undersökningar utförda på intensivvårdsavdelningar. En orsak till den fördelningen kan vara att Molters forskning och utvecklandet av CCFNI förlades till intensivvårdsavdelningar. En modifiering av Molters CCFNI har inte skett förrän i början av 2000-talet, 25 år efter ursprunget. I och med det finns det förutsättningar att fler studier kan komma att genomföras på akutmottagningar, vilket kan innebära att en modifiering av nu kända resultat, där exempelvis behovet av att vara nära sin anförvant blir ännu mer tydligt i förhållande till informationsbehovet.

Undersökningarna är genomförda i länder eller områden där den västerländska kulturen är förhärskande. Det kan vara en faktor som talar för att resultatet i denna studie även skulle kunna gälla svenska förhållanden. Även om flera faktorer är gemensamma med svenska förutsättningar kan ändå inte resultatet okritiskt överföras till svenska förhållanden. Av den anledningen borde svenska undersökningar utföras. Resultaten i undersökningarna har dock i stort sett kommit fram till samma behov och prioritering varför resultatet i stora drag ändå kan betraktas som tillämpligt i Sverige.

Resultatdiskussion

Vilka behov anger de närstående?

De behov som de närstående angav rymdes inom dimensionerna tillförsikt, närhet, information, välbefinnande och stöd. Artiklarna gav ett entydigt svar på vilka områden som sjuksköterskan bör uppmärksamma när en anförvant plötsligt blivit allvarligt sjuk eller avlidit. De områdena var tillförsikt, närhet, information, välbefinnande och stöd. Däremot skiljde sig behoven inom temana åt beroende på olika orsaker, vilket inte kan ses som helt oväntat. I samband med tsunamikatastrofen har behovet av information varit tydligt. Kritiken mot utrikesdepartementet och svenska regeringen har varit hård från medborgarna och media. Det är inte säkert att de svenska myndigheterna haft tillgång till mer information, men behovet att kommunicera har varit mycket stort. Vikten av välbefinnande och komfort till de närstående är något som påtalas i den kliniska verksamheten. Brister uppmärksammas genom synpunkter från närstående eller från vårdpersonalen. Stödåtgärder är också något som påtalas som viktigt i vården av anförvanter. Det märks dels genom att de personella insatserna ökar i omfång och dels genom erfarenheter från anhöriga. Betydelsen av att få möjlighet att vara nära den sjuka familjemedlemmen är något som har diskuterats inom vården en längre tid. Besökstider har blivit mer flexibla, de anhöriga är mer involverade i vården bland annat genom vårdplaneringar och nu diskuteras även möjligheten att närvara vid återupplivningsförsök. Däremot har behovet av tillförsikt kanske varit det som belysts och diskuterats minst inom akutsjukvården.

Tillförsikt, att inge hopp, var den allra viktigaste behovsdimensionen. När individens existens kändes hotad fanns det inget annat som var viktigare än att försöka minimera hotet av existensen. För att Maslows behovstrappa ska kunna tillämpas i denna situation tolkar jag det som att trappan står på en grund där individens existens vilar. När individen existerar drivs personen av en motivation att tillfredställa sina behov allt eftersom hotet om existensens upphörande känns mer och mer avlägset (17). För att minska på hotet om individens existens måste personen få en känsla av att andra människor ser att livet finns kvar och att det är meningsfullt, samt att det finns andra vägar att gå än de som tidigare var de tilltänkta, att andra människor inger hopp om att sorgen inte upplevs med samma intensitet framöver. Artiklarna (25, 30, 33) innehöll inga handfasta råd utan beskrev attityder, förhållningssätt och kunskaper. Dessa råd är inte ekonomiskt kostsamma, men de kan vara svåra att införa då de måste accepteras av varje enskild individ i sjukvården och de är svåra att mäta och följa upp.

Kunskaper om och förståelse för att varje närstående är unik och att de närståendes behov är olika även om de tillhör samma familj och den akuta, allvarliga händelsen är densamma är viktig att ha för sjuksköterskan. Dessa insikter bör sjuksköterskan ha för att hon ska kunna möta varje individ med att inge hopp och tillförsikt. Både Williams et al (25) och Yates et al (34) beskriver vikten av att sjuksköterskan känner till vilka potentiella riskfaktorer som finns för avstannat eller fördröjt sorgearbete. En splittrad familjesituation, plötslig eller våldsam död eller ringa socialt nätverk kan vara några av dessa riskfaktorer. Teoretiskt kan de förstås med Orems (18) egenvårdsteori, där egenvårdskapaciteten precis räcker till att hantera vardagen och där individen inte har mer personella resurser när en händelse ger en ökad belastning. Då uppstår egenvårdsbrist och de handlingar som behöver utföras för att bristen ska upphöra bör närstående utföra. Har de inga möjligheter är personen i behov av omvårdnad, vilket ges av sjuksköterskan (18).

Anderson et al (36) fann att yngre, framför allt, änkor visade en djupare förtvivlan och ett minskat självförtroende än äldre änkor/änklingar. Deras behov av att få stöd i att visa sina känslor och dess yttringar kan anses vara viktigt att identifiera för sjuksköterskan. Det är också av vikt att sjuksköterskan förmedlar att dessa reaktioner är normala för den yngre änkan och inte alltid ska jämföras med de äldres reaktion (36). En förklaringsgrund till att yngre änkor känner djupare förtvivlan kan i enlighet med Maslow (17) vara att den yngre änkan befinner sig på det nedersta trappsteget. Hennes behov av gemenskap och kärlek kan inte bli mött av maken längre. Hennes sociala och ekonomiska situation kan vara hotad beroende på hur inkomstfördelningen varit inom familjen, hur mycket de hunnit spara eller vilka försäkringar de har hunnit teckna. Den äldre änkan mister också gemenskap och kärlek, men har oftast en annan ekonomisk situation då de hunnit förbereda sig för ålderdomen längre. Det kan också vara så att barn och barnbarn fyller upp kvoten av gemenskap och kärlek en del. En annan förklaringsgrund kan vara att de yngre änkor har fler egenvårdskrav än de äldre änkor. Egenvårdskrav definierade enligt Orem (18) egenvårdsteori såsom alla de aktiviteter den egna individen behöver för att möta sina egenvårdsbehov. Den yngre änkan kan ha fler banklån eller hemmaboende barn som behöver hennes omsorg och uppfostran. Hon kan också ha ett förvärvsarbete, vilket kanske måste utökas i tid för att ekonomin ska gå ihop, trots att den yngre änkan skulle behöva köpa tjänster som skulle spara tid, men avstår på grund av små ekonomiska förutsättningar. Allt detta sammantaget gör att hennes egenvårdskrav kan vara fler än den äldre ankans. I det akuta skedet kanske hon ser att det leder till egenvårdsbrist och inte ser några utvägar att hantera detta. Där kommer behovet av ett mer långsiktigt stöd in, där änkan får hjälp i form av kurator i att finna sina egna resurser, sin egenvårdskapacitet.

Det sociala nätverkets betydelse som stödresurs varierade mellan storstad och landsbygd (26). Hunsucker et al (26) fann att människor i storstaden uttryckte ett större behov av professionella yrkesutövare för att tillfredsställa behoven inom stödområdet medan de boende på landsbygden ansåg att det sociala nätverket i form av släkt och vänner var det mest naturliga att finna stöd hos. På vilket sätt individen möter sina egenvårdsbehov beror på hur de lärt sig bygga upp sin egenvårdskapacitet enligt Orem (18). Egenvårdskapaciteten är beroende på vilka värderingar och kulturella normer individen lever i (18). Det kan vara så att på landsbygden är det naturligt att familj och vänner hjälper varandra eftersom utbudet av experthjälp är litet. För storstads-människan finns en större möjlighet att få professionell hjälp av olika slag och därför blir det ett naturligt sätt att möta sina egenvårdskrav med.

Lee et al (21) fann att anhöriga till patienter på IVA graderade behovet av tillförsikt olika. På frågan om betydelsen av att bli sedd som en individ och få tala om det som hänt dem värderade de närstående med tidigare erfarenhet av IVA dessa frågor högre än de som inte hade varit i kontakt med en intensivvårdsavdelning innan denna händelse (21). Detta kan tolkas som att de anhöriga med IVA-erfarenhet kände igen vårdmiljön och uppfattade den som bekant och mindre skrämmande. De hade kanske också positiva erfarenheter av att bästa möjliga vård gavs där. Därav kände de en trygghet och säkerhet som gjorde att de önskade tillfredsställa nästa behov i enlighet med Maslow behovstrappa (17). Det behovet handlar om kontakt och gemenskap och är viktiga förutsättningar för det psykiska välbefinnandet. De anhöriga som inte tidigare hade någon erfarenhet av IVA-vård upplevde kanske en känsla av osäkerhet beroende på okända apparater och en otrygghet inför hur patientens vård skulle fortskrida. De hade behov av att tillförsäkra sig om dessa faktorer först innan de var motiverade att själva bli bekräftade som individer.

Hur är behoven rangordnade av de närstående?

Behoven rangordnades av de närstående som tillförsikt, närhet, information, välbefinnande och stöd, där tillförsikt värderades viktigast och stöd minst viktigt av de närstående. Varför har behovet om tillförsikt ansetts viktigare än välbefinnande och stöd för de anhöriga? Följer behovens rangordning de olika faserna vid krisreaktioner?

Chockfasen beskrivs som omtumlande för de närstående. De kan uppvisa olika fysiologiska reaktioner som svar på insöndringen av stresshormoner. De anhörigas tankevärld förändras då det otänkbara plötsligt har hänt. Deras värld är inte längre trygg och förutsägbar utan okontrollerbar. Känslomässigt upplevs detta hotfullt och vidden av budskapet kan inte "tas in" (3, 4). Hela tillvaron upplevs vara i gungning och det finns en önskan att stabilisera den. Ett sätt att stabilisera tillvaron är att ingjuta hopp och med tillförsikt se morgondagen an. Att få en försäkran om att vissa saker fortfarande är kontrollerbara gör att tillvaron inte uppfattas som lika kaotiskt längre. Detta kan ske om de närstående upplever en ärlighet och uppriktighet i kontakten med vårdpersonalen (3, 22). Under reaktionsfasen första del vid dödsfall beskrivs att de närstående förnimer den avlidna på olika sätt. Det kan vara en känsla av att den bortgångne finns i rummet eller finns i drömmar (5). Att känna närhet anges som ett skonsamt sätt att gradvis ta in budskapet, därav kan det vara av vikt att få se och röra vid patienten oavsett hur kritiskt tillståndet är (22, 25, 30, 33, 34, 35). Reaktionsfasen pågår tills de närstående har införlivat händelsen med sin verklighet (5). För att kunna bearbeta och införliva händelsen behöver de anhöriga information, fakta, redogörelser om det som hänt både i skriftlig och muntlig form (22). I bearbetningsfasen börjar de närstående blicka framåt och återuppta sina tidigare aktiviteter och bekantskaper. De uppmärksammar då sitt eget välbefinnande och sina personliga behov mer (5). De anhöriga kan då upptäcka att de har behov av att få tala om sina känslor eller söka vård för hälsorelaterade problem och i det perspektivet behöver de stöd (22, 36). Värderingen av behoven när en anförvant har blivit hastigt sjuk, skadad eller död följer med detta resonemang det naturliga krisförloppet.

Det fanns en tidsfaktor som har betydelse i rangordningen av de närståendes behov. Behov inom dimensionerna närhet och information bytte placering beroende på när anförvanterna tillfrågades. Inom 72 tim efter patientens ankomst till sjukhuset värderades närhet högre än information (21-23,27). Hade patientens vårdats på sjukhuset mer än 72 tim var informationsbehovet större än närhetsbehovet. Den kunskapen borde leda till att omhändertagandet av de närstående på en akutmottagning utformas så att de närstående snabbt får komma in i patientens vådrum för att de ska få möjlighet att börja bearbeta det inträffade. Närheten till patienten kanske är en förutsättning för att kunna ta in någon information alls.

Välbefinnande handlade bland annat om de närståendes egna behov av mat, dryck och vila. De rankades lågt av de anhöriga (23, 29). Enligt Maslows behovsteori (17) måste dessa behov tillfredställas innan individen bli motiverad att möta behovet av säkerhet och trygghet. Det tycktes som om denna teori inte var tillämpbar i denna situation eftersom de anhöriga rankade behov inom området för välbefinnande lågt. Förklaringen kan kanske sökas i att möjligheten att tillfredställa törst och hunger aldrig upplevdes som hotat av de anhöriga. De visste att det fanns en kaffeautomat och en matservering i närheten, de hade kanske blivit erbjudna något att äta och dricka av sjukvårdspersonalen så när de behövde mat och dryck kunde de få det. Däremot var osäkerheten om patienten tillstånd, prognos eller om framtiden större och därför inte lika kontrollerbar.

Dimensionen stöd kom sist i rangordningen trots att insatser av stöd beskrivs i flertalet av artiklarna (22, 23, 26, 29, 30, 32-36). Varför stödområdet inte värderades högre kan bero på hur stöd definierades. I de artiklarna som har använt instrumentet CCFNI beskrevs behovet av stöd utifrån påstående som berörde stöd under sjukhusvistelsen. I det perspektivet uppfattades stödområdet som minst viktigt. Fauri et al (30), Yates et al (34) och Williams et al (35) visade på hur stödet till de närstående efter dödsfall på framförallt akutmottagningar borde förbättras. De påtalade också att det långsiktiga stödet till anhöriga med en familjemedlem med kort vårdtid på sjukhuset behöver förändras och utvecklas.

Medborgarnas förväntningar att vid traumatiska händelser bli omhändertagna av olika former av kristeam belystes i svensk media i samband med flodvågskatastrofen i Sydostasien. Detta kan vara ett tecken på att svenska myndigheter och samhällsfunktioner behöver se över olika stödfunktioner generellt eller så är behovet varierande beroende på om de drabbade bor i storstads-

regioner eller på landsbygden. Hunsucker et al (26) påvisade skillnader i vem eller vilka de närstående ville tala med om sina känslor. Storstadborna ville ha experthjälp i form av kurator eller psykolog medan landsbygdensborna fann det mest naturligt att tala med släkt och vänner. De betraktade experthjälpen som en utbölning. Av denna anledning kan stödbehovet se olika ut beroende på var sjukhuset är beläget och rangordningen speglade ett samhälle där det sociala nätverket också har funktionen som ett kristeam.

Bijtebier et al (24) redovisade en skillnad mellan de närståendes prioritering och läkarnas och sjuksköterskornas prioritering av information om tillgång till sjukhuskyrka eller präst. De närstående rankade den informationen bland de minst viktiga medan sjukvårdspersonalen prioriterade den i mitten. Samtidigt beskrivs i flera artiklar att sjuksköterskan förväntas förmedla experthjälp där andlig service ingår (30, 33-35). Det verkar vara viktigt att informationen innehåller rätt saker vid rätt tidpunkt annars finns risk att den uppfattas och tolkas till vårdens nackdel som exemplifieras av att information av andlig service var ett surrogat för information om patientens tillstånd (24).

På vilket sätt kan sjukvårdspersonalen möta behoven?

I resultatet framkom förslag på olika åtgärder för att möta de närståendes behov. Orem (18) beskrev tre huvudtyper av omvårdnadssystem, där två av dem kan vara aktuella i omsorgen av de närstående, nämligen det delvis kompenserade och det stödjande/undervisande omvårdnadssystemet.

I det delvis kompenserade omvårdnadssystemet utför sjuksköterskan omvårdnadsåtgärder för de anhöriga. I resultatredovisningen fanns inga sådana åtgärder beskrivna, men de skulle kunna uppstå om de anhöriga visar starka fysiologiska eller motoriska symtom. De kan svimma, bli helt paralyserade eller kräkas. Sjuksköterskan kan då behöva hjälpa till med att ändra kroppsställning eller mäta blodtrycket. Åtgärder i detta omvårdnadssystem är av kortvarig natur och inte så omfattande. Det kan vara av värde att ha tillgång till en brits i närheten av anhörigrummet av denna orsak.

I det stödjande/undervisande omvårdnadssystemet har sjuksköterskan tillgång till flera hjälpmetoder. Exempel på hjälpmetoderna är ge råd och vägleda, stödja fysiskt och psykiskt, skapa och upprätthålla en utvecklande miljö och undervisa (18).

Möjligheten att ge råd och vägleda de närstående kunde ges då sjuksköterskan vårdade patienten och den närstående var med inne i vårdrummet. Det kunde då bli en naturlig dialog om patientens tillstånd, prognos eller planerad behandling (33). Att visa på positiva copingstrategier och undvika negativa tankar var också ett sätt att ge goda råd och vägleda. Ett exempel var att ge praktiska råd till den anhörigas "stödperson" om bland annat lyssnartekniker (22). Inom hjälpmetoden ge goda råd och vägleda rymdes också skriftlig information om sjukhusets service och policy (22, 33, 35).

En av hjälpmetoderna enligt Orems (18) egenvårdsteori var att stödja fysiskt och psykiskt (18) och flera av författarna gav exempel på åtgärder som syftade till att stödja de närstående på olika sätt. Ett exempel var att närvara vid behandlingar, återupplivningsförsök eller vid den dödes kropp var handlingar som kunde stödja de anhöriga psykiskt (22, 25, 30, 33, 34, 35). Ett annat var att uppmuntra att tala om känslor och att ha ett empatiskt förhållningssätt var andra åtgärder för att stötta de närstående (33). Likaså utarbetandet av olika PM och förmedlandet av expert-hjälp syftade till att stödja de anhöriga psykiskt (30, 32-35).

En tredje hjälpmetod i det stödjande/undervisande omvårdnadssystemet var att skapa eller upprätthålla en utvecklande omgivning (18). Exempel på det kunde vara friare besökstider (33). Ett annat exempel kunde vara att förbättra samarbetet med kommuner och primärvården kring om-

händertagandet av närstående vid dödsfall och på så sätt utveckla de närståendes omgivning (30, 34, 35). Ett nära och väl fungerande samarbete mellan sjukhusen, primärvården och kommunerna skulle kunna ersätta de medborgare som har ett ringa socialt nätverk. Ett väl fungerande samarbete skulle kunna ersätta kraven på kristeam. Behoven skulle kunna mötas av individer utan psykiatrisk utbildning i de flesta fall, men människor är rädda att bli "lämnade åt sitt öde" och av den anledningen kräver krishjälp. Medborgarna läser och hör i media hur svårtillgänglig vården är, hur långa väntetider det är och känner då en oro för att inte få hjälp när hela tillvaron är i gungning. Inom hälso- och sjukvården finns idag kunskaper om hur kriser bör hanteras (3, 5, 6). Utvecklingen borde styras mot ett väl fungerande samarbete inom ordinarie verksamheter mellan sjukhus, primärvård och kommuner istället för att skapa nya vård- och omsorgsorganisationer för krishantering. Att omsorgen om närstående inte utvecklats mer kan kanske bero på att vården inte ersätts ekonomiskt på samma sätt som vården av patienter. Ett ekonomiskt incitament skulle kanske snabba på förbättringsåtgärderna för anhörigvården vid sjukhusen.

En fjärde metod sjuksköterskan kan använda sig av är, enligt denna litteraturöversikt, undervisning (18). Åtgärder för att undervisa de anhöriga fanns inga förslag på i artiklarna. Däremot behöver sjukvårdspersonalen undervisning och kunskaper inom flera områden för att kunna ha ett empatiskt förhållningssätt, uppmärksamma riskfaktorer för ett fördröjt sorgearbete, uppmärksamma egenvårdsbrister, ha kunskaper om vilka behov de närstående kan ha, hur de värderas och hur de kan tillfredställas (22, 25, 33, 35). Möjligheten att få och bibehålla ett empatiskt förhållningssätt verkade vara en nyckelfaktor för att vinna de närståendes förtroende och det tycks mig i sin tur vara viktigt för om medborgarna ska fortsätta att ha tillit till svensk sjukvård. Tillgång till professionell handledning och ett gott kamrattstöd är också värdefulla åtgärder (30, 34). Kunskaper i familjecentrad vård kan ge vägledning om hur olika riskfaktorer hos anhöriga kan uppmärksammas. Den kunskapen är tillämpbar och kan utvecklas mer inom akutmottagningars verksamhetsfält.

Någon lämplig hjälpmetod för åtgärder inom området välbefinnande framkom inte. Orsaken till det kunde vara att anhöriga inte i alla situationer är jämförbara med patienter. Åtgärder såsom anhörigrummets placering, tillgång till telefon, toalett etc. var viktiga att beakta och intrycket när sjuksköterskan öppnade dörren till rummet borde förmedla ärlighet, empati, värme och medmänsklighet (23, 29, 30, 33, 34, 35). För att uppnå detta krävs kunskaper inom inredning och av den anledningen borde sjuksköterskan tillse att en inredningsarkitekt anlitas vid utformandet av anhörigrum.

Samstämmigheten av vilka behov de närstående hade vid plötslig sjukdom eller död kan tyda på att de är generella i västerländskt kultur. Även om denna litteraturöversikt inte i så stor utsträckning beskriver svenska förhållanden så borde ändå resultatet kunna vara tillämpbart i Sverige. Det viktigaste behovet handlade om att visa tillförsikt och inge hopp. Åtgärder för att möta det handlade om varje sjuksköterskas förhållningssätt och kunskaper om bemötandets betydelse när en familjemedlem hastigt insjuknar eller dör. Detta är åtgärder som inte kräver dyra inventarier eller utrustningar utan investeringar så att varje sjuksköterska får stöd i att behålla och fördjupa ett empatiskt förhållningssätt i form av utbildning, handledning och kamrattstöd. Det kan tyckas enkelt att avhjälpa om det finns brister, men samtidigt vittnar många reportage i media om dessa svårigheter. Det tycks enklare att uppmärksamma brister i sådant som är lättare att definiera och åtgärda som till exempel övervakningsutrustning eller anhörigrummets bekvämligheter.

Omvårdnaden av patienter har i och med utvecklingen av den familjecentrerade omvårdnaden även utökats till att omfatta betydelsefulla anhöriga. Det innebär att omvårdnaden av patienter på en akutmottagning också innefattar deras närstående. För många av anförvanterna är orsaken till deras vistelse på en akutmottagning beroende på plötsliga och tragiska händelser, vilket medför att de också är under psykisk press. Utifrån deras tidigare erfarenheter och livssituation har de varierande förmåga att hantera den nu uppkomna situationen. Det kan leda till att egenvårdsbrist uppstår som varken de själva eller andra anhöriga är i stånd att utföra handlingar för att avhjälpa, vilket innebär att de då är i behov av omvårdnad. Omvårdnad ingår i sjuksköters-

kans arbete och därmed är sjuksköterskan lämpad att möta de närståendes behov i samband med att en familjemedlem hastigt insjuknar, skadas eller avlider. De identifierade behoven kan i stor utsträckning mötas av sjuksköterskan genom att hon använder sig av olika hjälpmetoder såsom att stödja fysiskt eller psykologiskt, ge råd och vägleda eller undervisa.

Fortsatt forskning inom området behövs då det finns få studier inom akutmottagningarnas verksamhetsfält. En översättning av CCFNI till svenska och undersökningar i Sverige för att jämföra resultaten vore önskvärt. Det vore också angeläget att genomföra studier på akutmottagningar då det finns få utländska studier gjorda i den vårdmiljön. Förutsättningarna på en akutmottagning beträffande möjligheter att möta de närståendes behov skiljer sig från vårdavdelningarna då kontakten med de närstående är kort och de anhöriga kan befinna sig i chockfasen. Möjligheten att ge god omvårdnad även under sådana omständigheter måste säkras.

REFERENSER

1. Prästen: "Vi hinner inte med alla". Göteborgs-Posten 29 december 2004. Del 1 sid. 6.
2. Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling. Första hjälpen och krisstöd. Solna: Arbetsmiljöverket, 2002. (AFS 1999:7).
3. Cullberg, J. Dynamisk psykiatri. 6 uppl. Stockholm: Natur och Kultur;2001.
4. Larsson, G. Psykiska reaktioner vid katastrofer och kriser. Karlstad: PsykologiService i Värmland;1988.
5. Cullberg, J. Kris och utveckling. 3 uppl. Stockholm: Natur och Kultur;1996.
6. Weisaeth L, Mehlum L (red). Människor trauman och kriser. Stockholm: Natur och Kultur;1997.
7. Lindqvist I, Dahlberg K. Att vara anhörig till någon som just drabbats av stroke. Vård i Norden. 2002; 22(3):4-9
8. Lundh U, Sandberg J, Nolan M. I don't have any other choice': spouses' experience of placing a partner in a care home for older people in Sweden. J Adv Nurs. 2000; 32(5):1178-86.
9. Bohlin E, Skogsberg C. Patient. Stockholm: Natur och Kultur;1981.
10. Andersson, A. När du blir "flintis" kan pappa köra mig till fritids då? – att leva med bröstcancer. Eskilstuna: Anelia förlag; 2004.
11. Socialstyrelsens författningssamling. Allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården 1993:17. Författningshandbok 2005. 36 uppl. Stockholm: Liber; 2005.
12. Socialstyrelsen. Att utveckla anhängstöd. Stockholm;1998. (SOS-rapport; 1998:9).
13. Sjukhuskyrkan Kungälv. Livshotande händelser och svåra förluster. Stockholm: Verbum.
14. Wright L, Leahey M. Familjevård. Lund: Studentlitteratur;1998.
15. Friedman M, Bowden V, Jones E. Family nursing. 5 uppl. Upper Saddle River: Prentice Hall;2003.
16. Hallgrimsdottir E. Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for families. J Clin Nurs. 2000; 9: 611-19.
17. Cronlund, K. Psykologi. 2 uppl. Stockholm: Bonnier utbildning AB;2003.
18. Orem, D. Nursing concepts of practice. 4 uppl. St. Louis: Mosby –Year Book;1991.
19. Kirkevold, M. Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur;2000.
20. Prismas Engelska Ordbok. 2 uppl. Stockholm: Nordstedts ordbok;2002.

21. Lee L, Lau Y. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *J Clin Nurs*. 2003; 12(4):490-500.
22. Redley B, Beanland C, Botti M. Accompanying critical ill relatives in emergency departments. *J Adv Nurs*. 2003; 44(1): 88-98.
23. Redley B, LaVasseur S, Peters G, Bethune E. Families' needs in emergency department: instrument development. *J Adv Nurs*. 2003; 43(6): 606-15.
24. Bijttebier P, Vanoost S, Delva D, Ferdinande P, Frans E. Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurse. *Intensive Care Med*. 2001; 27(1): 160-5.
25. Lee I, Chien W, Mackenzie A. Needs of families with a relative in a critical care unit in Hong Kong. *J Clin Nurs*. 2000; 9(1): 46-54.
26. Hunsucker S, Frank D, Flannery J. Meeting the needs of rural families during critical illness: the APN's role. *Dimens Crit Care Nurs*. 1999; 18(3): 24-32.
27. Robb, Y. Family nursing in intensive care part two: the needs of a family with a member in intensive care. *Intensive Crit Care Nurs* 1998; 14(4): 2003-7.
28. Quinn S, Redmond K, Begley C. The needs of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses. Part 1. *Intensive Crit Care Nurs*. 1996; 12(3): 168-72.
29. Quinn S, Redmond K, Begley C. The needs of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses. Part 2. *Intensive Crit Care Nurs*. 1996; 12(3): 239-45.
30. Fauri D, Ettner B, Kovacs P. Bereavement service in acute care settings. *Death Stud*. 2000; 24(1): 51-64.
31. Fielden, J. Grief as a transformative experience: weaving through different lifeworlds after a loved one has completed suicide. *Int J Ment Health Nurs*. 2003; 12(1): 74-85.
32. Parrish G, Holdren K, Skiendzielewski J, Lumpkin O. Emergency department experience with sudden death: a survey of survivors. *Ann Emerg Med*. 1987; 16(7): 792-6.
33. Gavaghan S, Carol D. Families of critical ill patients and the effect of nursing interventions. *Dimens Crit care Nurs*. 2002; 21(2): 64-71.
34. Yates D, Ellison G, McGuinness S. Care of suddenly bereaved. *Br Med J*. 1990; 300(7): 29-31.
35. Williams A, O'Brien D, Laughton K, Jelinek G. Improving service to bereaved relatives in emergency department: making healthcare more human. *Med J Australia* 2000; 173(6): 480-3.
36. Anderson K, Dimond M. The experience of bevearmment in older adults. *J Adv Nurs*. 1995; 22(2): 308-15.

ARTIKLAR SOM INGÅR I STUDIEN

Referens nr 21

Författare: Lee L, Lau Y.
 Titel: Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong.
 Tidskrift: Journal of Clinical Nursing 2003; 12 (4): 490-500.
 Syfte: Att utforska vuxna familjemedlemmars omedelbara behov vid en intensivvårdsavdelning.
 Metod: Intervju av 40 närstående till patienter på en intensivvårdsavdelning, där den kinesiska versionen av CCFNI användes tillsammans med eget formulerade frågor.
 Referenser: 33

Referens nr 22

Författare: Redley B, Beanland C, Botti M.
 Titel: Accompanying critically ill relatives in emergency departments
 Tidskrift: Journal of Advanced Nursing 2003; 44 (1):88-98.
 Syfte: Att identifiera och möta de behov familjemedlemmarna hade när de följde med kritiskt sjuka personer till akutmottagningar
 Metod: Kvalitativ granskning av 30 studier med hjälp av eget utarbetat instrument.
 Referenser: 63

Referens nr 23

Författare: Redley B, LaVasseur S, Peters G, Bethune E.
 Titel: Families' needs in emergency department: instrument development.
 Tidskrift: Journal of Advanced Nursing 2003; 43(6): 606-15.
 Syfte: En pilotstudie i syfte att testa ett verktyg för att utröna medföljande familjemedlemmars behov när en svårt sjuk person anländer till en akutmottagning
 Metod: Postenkät till 84 närstående med 40 påståenden gällande behov, rangordning av behoven samt i vilken omfattning de blev tillfredställda.
 Referenser: 56

Referens nr 24

Författare: Bijttebier P, Vanoost S, Delva D, Ferdinande P, Frans E.
 Titel: Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurse.
 Tidskrift: Intensive Care Medicine 2001; 27 (1): 160-5.
 Syfte: Att undersöka uppfattningen hos anhöriga, läkare och sjuksköterskor om vilka behov anhöriga till svårt sjuka patienters har och därefter göra jämförelser mellan gruppernas svar.

Metod:	Enkät bestående av originalversionen av CCFNI där 200 närstående ,38 läkare och 143 sjuksköterskor ingick..
Referenser:	18
Referens nr 25	
Författare:	Lee I, Chien W, Mackenzie A.
Titel:	Needs of families with a relative in a critical care unit in Hong Kong.
Tidskrift:	Journal of Clinical Nursing 2000; 9 (1): 46-54.
Syfte:	Att utforska anhörigas omedelbara behov när en familjemedlem läggs in på en intensivvårds-avdelning samt vilken personalkategori de ansåg vara bäst lämpad att möta deras behov.
Metod:	Enkät bestående av CCFNI frågeformulär och intervjuer utifrån enkätsvaren med eget formulerade frågor av 30 närstående.
Referenser:	27
Referens nr 26	
Författare:	Hunsucker S, Frank D, Flannery J.
Titel:	Meeting the needs of rural families during critical illness: the APN's role.
Tidskrift:	Dimensions of Critical Care Nursing 1999; 18(3): 24-32.
Syfte:	Att identifiera behoven hos familjer boende på landsbygden och göra jämförelser med storstadsfamiljers behov.
Metod:	Intervju med CCFNI frågeformulär av 30 närstående. Därefter jämförelse av den egna studiens resultat med resultat av liknande studie genomförd i storstad.
Referenser:	27
Referens nr 27	
Författare:	Robb Y.
Titel:	Family nursing in intensive care part two: the needs of a family with a member in intensive care.
Tidskrift:	Intensive and Critical Care Nursing 1998; 14(4): 203-7.
Syfte:	Undersöka om de närståendes behov inte var tillgodosedda borde förbättringsåtgärderna ske utifrån det familjecentrerade förhållningssättet, men om de var tillgodosedda verkade det inte nödvändigt att ändra enhetens organisation till en i formell mening familjecentrerad vård.
Metod:	Litteraturstudie.
Referenser:	21
Referens nr 28	
Författare:	Quinn S, Redmond K, Begley C.
Titel:	The needs of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses. Part 1.
Tidskrift:	Intensive and Critical Care Nursing 1996; 12(3):

Syfte:	168-72. Att jämföra anhörigas gradering av sina behov med sjuksköterskornas uppfattning av anhörigas behov. Identifiera tillfredställelsen av behov och även utröna vilken personalgrupp som var bäst lämpad att tillgodose dem.
Metod:	Enkät innehållandes frågeinstrumentet CCFNI tillsammans med egna formulerade frågor till 255 närstående och 351 sjuksköterskor.
Referenser:	25
Referens nr 29	
Författare:	Quinn S, Redmond K, Begley C.
Titel:	The needs of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses. Part 2.
Tidskrift:	Intensive and Critical Care Nursing 1996; 12(3): 239-45.
Syfte:	Att jämföra anhörigas gradering av sina behov med sjuksköterskornas uppfattning av anhörigas behov. Identifiera tillfredställelsen av behov och även utröna vilken personalgrupp som var bäst lämpad att tillgodose dem.
Metod:	Enkät innehållandes frågeinstrumentet CCFNI tillsammans med egna formulerade frågor till 255 närstående och 351 sjuksköterskor.
Referenser:	25
Referens nr 30	
Författare:	Fauri D, Ettner B, Kovacs P.
Titel:	Bereavement service in acute care settings.
Tidskrift:	Death Studies 2000; 24(1): 51-64.
Syfte:	Att påvisa möjligheterna och nyttan av att formalisera omhändertagandet av närstående vid dödsfall även om det inte alltid kan fullföljas helt.
Metod:	Litteraturstudie
Referenser:	29
Referens nr 31	
Författare:	Fielden J.
Titel:	Grief as a transformative experience: weaving through different lifeworlds after a loved one has completed suicide.
Tidskrift:	International Journal of Mental Health Nursing 2003; 12(1): 74-85.
Syfte:	Att upptäcka meningen med och utveckla förståelsen för föräldrars och syskons erfarenheter efter familjemedlemmens självmord.
Metod:	Intervjuer med en fenomenologisk ansats av 6 närstående
Referenser:	44
Referens nr 32	
Författare:	Parrish G, Holdren K, Skiendzielewski J,

- Titel: Lumpkin O.
Emergency department experience with sudden death: a survey of survivors.
- Tidskrift: Annals of Emergency Medicine 1987; 16(7): 792-6.
- Syfte: Att undersöka efterlevande familjemedlemmars erfarenhet och tillfredsställelse i kontakten med akutmottagningar för att kunna identifiera svagheter i dess organisation.
- Metod: Telefonintervju med eget utformat frågeformulär av både öppna och flervälsfrågor av 66 närstående
- Referenser 27
- Referens nr 33**
- Författare: Gavaghan S, Caroll D.
- Titel: Families of critically ill patients and the effect of nursing interventions.
- Tidskrift: Dimensions of Critical Care Nursing 2002; 21(2): 64-71.
- Syfte: Att integrera kunskap om familjens behov och sjuksköterskans åtgärder för att identifiera områden där förbättringar kan göras.
- Metod: Litteraturstudie i syfte att främja familjecentrerad vård.
- Referenser: 53
- Referens nr 34**
- Författare: Yates D, Ellison G, McGuiness S.
- Titel: Care of the suddenly bereaved,
- Tidskrift: British Medical Journal 1990; 3001 (7): 29-31.
- Syfte: Att beskriva några problem i samband med plötsliga dödsfall samt erfarenheter av en stödfunktion knuten till akutmottagning, vars uppgift var att stötta de anhöriga.
- Metod: Sammanställning av egna erfarenheter 6 år efter införandet av stödfunktionen.
- Referenser: 7
- Referens nr 35**
- Författare: Williams A, O'Brien D, Laughton K, Jelinek G.
- Titel: Improving service to bereaved relatives in emergency department: making healthcare more human.
- Tidskrift: The Medical Journal of Australia 2000; 173(9): 480-3.
- Syfte: Att utifrån kända behov hos efterlevande förändra och förbättra servicen på akutmottagningen.
- Metod: Utvärdering av ett förändringsarbete med öppna frågor vid telefonintervjuer av 34 närstående.
- Referenser: 17
- Referens nr 36**
- Författare: Anderson K, Dimond M.

Titel:	The experience of bereavement in older adults.
Tidskrift:	Journal of Advanced Nursing 1995; 22(2): 308-15.
Syfte:	Att beskriva äldre maka/makes sorg och sedan jämföra upplevelserna med yngre maka/makes sorgerfarenheter.
Metod:	Intervju med öppna frågor vid fyra tillfällen under en tvåårsperiod av 12 efterlevande till maka/make.
Referenser:	19